



_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N. ...
Resp. Servizio Farmaceutico Territoriale
Via.....n.
..... (.....)

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico.
(Art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 e artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

....l/la sottoscritt.... Dr./Dr.ssa

Titolare/Direttore/Gest.Provv. della sede farmaceutica n.ubicata in Comune di
....., consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

che presso la suddetta farmacia il giorno __ / __ / ____ (1) il/la Dr./Dr.ssa
....., iscritt... all'albo Professionale dei Farmacisti della Provincia di..... al n.

ha preso servizio **ha cessato il servizio**
in qualità di farmacista
 Collaboratore **Praticante** **Altro**
(specificare)

Con contratto:
 a tempo indeterminato a tempo determinato fino al(2)
(se trattasi di inizio servizio specificare anche le modalità):
 a tempo pieno a tempo parziale (part-time) per n.ore settimanali (2)
 altra modalità
(specificare)

..... li,

In fede
Titolare/Direttore/Gest.Provv.
.....
(Firma leggibile)

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della firma se inviata unitamente ad una fotocopia di un documento di riconoscimento.

(1) INDICARE IL PRIMO O L'ULTIMO GIORNO DI EFFETTIVO SERVIZIO
In caso di inizio rapporto la presente dichiarazione deve essere trasmessa unitamente a:
• certificato medico comprovante l'esenzione del coadiutore " da difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e da malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso" (art. 12 D.P.R. 21.8.71 n. 1275);
• certificato di iscrizione all'Albo professionale del dr./dr.ssa dipendente **OVVERO** autocertificazione (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 attestante data e luogo del conseguimento della laurea, data e luogo dell'abilitazione definitiva all'esercizio della professione, nonché l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti con relativo numero e decorrenza.
(2) DEPENDERE LE VOCI CHE NON RICORRONO



Allegato B

_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N.
c/a Dirig. Resp. Servizio Farmaceutico Territoriale
Via.....n.
..... (.....)

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico.
(Art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 e artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

.../la sottoscritt... Dr./Dr.ssa

Titolare/Direttore/Gest.Provv. della sede farmaceutica n. ubicata in Comune di
....., avendo necessità di interrompere temporaneamente la
conduzione dell'esercizio farmaceutico predetto nel periodo dal ____ ____ ' al ____ ____ '
per il seguente motivo _____

CHIEDE

di essere autorizat__ alla sostituzione a norma dell'Art.11, 2° comma, della Legge 362/1991
e a tal fine

INDICA

nella persona del Dr./sa _____

- già Collaboratore di questa farmacia - giusta comunicazione del ____ ____ ____ -
ovvero
- nuovo Collaboratore di questa farmacia – **inizio rapporto** come da presente comunicazione

il farmacista al quale, nel periodo indicato, sarà affidata la direzione della farmacia.
Lo stesso sottoscrive per accettazione la presente istanza.

Dr./sa _____

(per accettazione)

Dr./sa _____

(in fede)

..... li,

In fede
Titolare/Direttore/Gest.Provv.

(Firma leggibile)

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della firma se inviata unitamente ad una fotocopia di un documento di riconoscimento.

(1) INDICARE IL PRIMO E L'ULTIMO GIORNO DI EFFETTIVA SOSTITUZIONE

- **In caso di inizio rapporto** la presente dichiarazione deve essere trasmessa unitamente a:

- certificato medico comprovante l'esenzione del coadiutore "da difetti ed imperfezioni che impediscano l'esercizio professionale della farmacia e da malattie contagiose in atto che rendano pericoloso l'esercizio stesso" (art. 12 D.P.R. 21.8.71 n. 1275) **OVVERO** copia del libretto di idoneità sanitaria;
- certificato di iscrizione all'Albo professionale di data non superiore e tre mesi del dr./dr.ssa dipendente **OVVERO** autocertificazione (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 attestante data e luogo del conseguimento della laurea, data e luogo dell'abilitazione definitiva all'esercizio della professione, nonché l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti con relativo numero e decorrenza.

Documentazione giustificativa della sostituzione per i casi previsti alle lettere a,c,d,e,f – 2° comma, art.11 Legge 362/1991



Allegato C

_____ li, _____

All'Azienda Sanitaria Locale (A.S.L.) N. ...
c/a Dirig. Resp. Servizio Farmaceutico Territoriale
Via.....n.
..... (.....)

Oggetto: Comunicazione relativa agli addetti all'esercizio farmaceutico.
(Art. 12 D.P.R. 21/8/1971 n.1275 e artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n.445)

.../la sottoscritt... Dr./Dr.ssa

Titolare/Direttore/Gest.Provv. della sede farmaceutica n.ubicata in Comune di
.....,

COMUNICA

di aver ripreso regolare servizio in data ____ ' e che pertanto il Dr./sa
_____ 2 _____

..... li,

In fede
Titolare/Direttore/Gest.Provv.

.....
(Firma leggibile)

La sottoscrizione della presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione della firma se inviata unitamente ad una fotocopia di un documento di riconoscimento.

- 1) indicare il primo giorno "effettivo" di rientro in servizio
2) specificare se cessa il rapporto di lavoro ovvero se il farmacista rimane in qualità collaboratore

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AUTODICHIARAZIONE) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritt _

nato/a

il

e residente a

in Via

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di essere iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di
dal al n.

di essere in possesso del diploma di Laurea in Farmacia conseguito presso l'Università degli Studi
di in data con voto

di essere in possesso di Abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista conseguita presso
l'Università degli Studi di sessione

DICHIARA

di essere stato informato ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, con modalità manuali ed informatiche, presso il Servizio Farmaceutico Territoriale della ASL _____ con sede in _____, in qualità di titolare del trattamento, per le finalità istituzionali, in relazione al procedimento avviato ed in adempimento agli obblighi di Legge

PRENDE ATTO

che potrà esercitare i diritti di all'art. 7 del citato D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
che il titolare ha nominato Responsabile del trattamento il _____

_____, li _____

IL DICHIARANTE